

Сибирском регионе России. Аллель 1258A полиморфного локуса G1258A гена MTHFD ассоциирован со снижением риска развития НХЗЛ. Возможно, данная полиморфная замена приводит к снижению активности со-

ответствующего фермента и обуславливает увеличение внутриклеточной концентрации тетрагидрофолиевой кислоты, что положительно влияет на синтез пиримидиновых нуклеотидов и метилирование ДНК.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Е.А. БОЙКО

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярский онкологический диспансер*

Актуальность. Ежегодно в мире от гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) погибает 1250 тыс. человек. По данным ВОЗ, в 1995 году первичный рак печени (ПРП) занял 5 место среди всех злокачественных опухолей. Продолжительность жизни больных с ГЦР с момента установления диагноза в большинстве случаев составляет 6–9 месяцев. Единственным методом лечения ГЦР, позволяющим продлить жизнь больного, является резекция печени. Химио- и иммунотерапия рака печени далека от своего разрешения. Выявление закономерностей заболеваемости ПРП и поиск наиболее эффективного метода лечения являются важными проблемами современной онкологии.

Цель исследования – оценить клинικο-морфологические особенности и непосредственные результаты хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями печени.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 80 больных злокачественными новообразованиями печени, которые получали лечение в Красноярском онкологическом диспансере с 1998 по 2008 год.

Результаты. ПРП чаще страдали мужчины (72,5%). Пик заболеваемости у мужчин приходился на период 51–65 лет, у женщин – 41–60 лет. Распределение больных со злокачественными новообразованиями печени по стадиям заболевания показало, что I и II стадии – у 16 (26,22%), IIIA, IIIB, IVA, IVB – у 45 (73,78%). По локализации злокачественные новообразования чаще поражали правую долю печени – 56 (70%), реже левую долю – 34 (30%). Всем наблюдаемым больным проведен следующий объем оперативных вмешательств: расширенная

правосторонняя гемигепатэктомия – 6 (7,5%), правосторонняя гемигепатэктомия – 24 (30%), расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 4 (5%), левосторонняя гемигепатэктомия – 10 (12,5%), трисегментэктомия – 1 (1,25%), бисегментэктомия – 12 (15%), по одному сегменту – 4 (5%), резекция гепатикохоледоха с наложением анастомоза по Ру – 2 (2,5%), наружное чрескожное дренирование желчных путей – 2 (2,5%), краевая резекция печени – 1 (1,25%), энуклеация узлов – 4 (5%), эксплоративная лапаротомия – 10 (12,5%). По гистологической структуре ГЦР у 45 (56,3%) больных, холангиоцеллюлярный рак (ХЦР) – у 16 (20%), рак желчного пузыря – у 7 (8,8%), аденома печени – у 4 (5%), лимфангиома печени – у 2 (2,5%), опухоли печени различного генеза – у 6 (7,5%). Макроскопически узловатая форма опухолей печени была у 38 (62,3%), массивная – у 16 (26,2%) и диффузная – у 7 (11,4%). Микроскопически наиболее частым вариантом является тубулярный тип ГЦР – у 16 (35%), реже ацинарный – у 9 (20%), солидный – у 18 (40%), фиброламеллярная форма – у 2 (4,4%) больных. Из 16 больных ХЦР сосочковый тип выявлен у 6 (37,5%), скirroзный – у 5 (31,2%) и гепатохолангиоцеллюлярный рак – у 4 (25%) больных.

Осложнения после операции возникли у 24 (30%) больных. У 2 имелаcь массивная кровопотеря, вызвавшая развитие ДВС-синдрома. Гематома и жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве – у 3. У 5 возникли гнойно-воспалительные осложнения. Желчеистечение – у 3 пациентов, у 2 возник желчный свищ. Развитие правостороннего плеврита наблюдали практически у всех больных. Послеоперационная летальность, обусловлен-

ная тяжелой печеночно-почечной недостаточностью и развитием декомпенсированного ДВС-синдрома, составила 5% (4 пациента).

Выводы. Большинство больных ПРП обращаются к врачу с III–IV стадией заболевания. Основным методом лечения данных пациентов остается хирургический. Учитывая высокий уровень послеопера-

ционных осложнений, зная предраковые заболевания печени, а также имея широкий арсенал современных методов диагностики, необходимо создать группы онкологического риска по раку печени и проводить их диспансерное наблюдение, что позволит выявить опухоли на ранних стадиях и улучшить результаты лечения.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРИПЛ-НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.Д. БРАГИНА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. В последние годы для выбора адекватной тактики лечения и определения прогноза заболевания у больных раком молочной железы (РМЖ) широко используется молекулярно-генетическая классификация, созданная С.М. Perou et al. (2001). Согласно данной классификации РМЖ подразделяется на 5 фенотипов в зависимости от уровня экспрессии РЭ, РП, HER-2/neu.

Одной из наиболее неблагоприятных форм в современной клинической практике принято считать трипл-негативный рак (РЭ-РП-; Her-2/neu-), встречающийся в 10–20% всех случаев, преимущественно у молодых женщин (средний возраст составляет 40–50 лет), и нередко ассоциирующийся с мутацией гена BRCA1. Данный тип опухоли характеризуется неблагоприятным прогнозом, независимо от уровня регионарной распространенности процесса, специфичностью метастазирования (преимущественно в легкие и головной мозг) и короткой безрецидивной и общей выживаемостью. При этом, несмотря на отсутствие ответа на таргетную терапию (при учете отрицательного тройного рецепторного статуса), трипл-негативный рак (ТНР) отличается достаточно высокой чувствительностью к проведению химиотерапевтического лечения.

В результате исследований, проведенных в течение последних 5 лет, представление о данной проблеме претерпело значительные изменения, и данный тип опухоли перестал рассматриваться в столь безапелляционном контексте. ТНР представляет собой гетерогенную группу,

в которой, помимо наличия отрицательного тройного рецепторного статуса, необходимо принимать во внимание такие параметры, как гистологический тип и ряд других биологических маркеров опухоли.

До недавнего времени ТНР относили к базальноподобным опухолям, однако Yamamoto et.al. разделили данный тип на 2 подтипа: истинно базальноподобный и небазальноподобный. Базальноклеточные раки характеризуются наличием нескольких иммуногистохимических параметров, таких как РЭ-, РП-, HER-2/neu-, EGFR (рецепторы к эпидермальному фактору роста) и СК 5/6, именно эти опухоли имеют агрессивное течение и в то же время высокую чувствительность на проведение химиотерапии. Небазальноклеточные раки молочной железы, хотя и имеют трипл-негативный статус, нередко представлены редкими формами РМЖ (медулярный, адено-кистозный и т.д.) и, соответственно, проявляются более низкой эффективностью к проводимой химиотерапии, а в некоторых случаях отсутствием ответа на нее вовсе.

С представленных позиций не вызывает сомнений тот факт, что необходимо дифференцированно подходить к планированию комбинированного лечения у данного контингента больных, и в большой мере это касается планирования адъювантной химиотерапии и решения вопроса о целесообразности проведения системного лечения в неоадъювантном режиме при возросшем планировании органосохранных операций.